IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw onkologii**
(nr 20)
z dnia 14 kwietnia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 20)

14 kwietnia 2023 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat przyszłości chirurgii zdalnej w polskiej onkologii – endoskopowej i robotowej,

– informację na temat roli i miejsca radioterapii specjalnego przeznaczenia – śródoperacyjnej, radiochirurgii, protonowej – w transplantologii szpiku.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, **Aleksandra Zielińska** sekretarz zarządu Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Andrzej Rutkowski** konsultant wojewódzki ds. chirurgii onkologicznej województwa mazowieckiego, **Andrzej Kawecki** zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego, **Renata Kopeć** kierownik Centrum Cyklotronowego Bronowice Instytutu Fizyki Jądrowej Państwowej Akademii Nauk, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii wraz ze współpracownikami, **Wojciech Witkiewicz** prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Włodarczyk** prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator", **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka fundacji onkologicznej Alivia, **Anna Jasińska** rzecznik Medycznej Racji Stanu, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS oraz **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Jakub Stefański**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, chciałam bardzo serdecznie przywitać państwa na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw onkologii. Oficjalnie stwierdzam kworum, bo posłowie są podpisani i możemy prowadzić dyskusję.

Porządek dzienny posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat przyszłości chirurgii zdalnej w polskiej onkologii – endoskopowej i robotowej, a w punkcie drugim jest rozpatrzenie informacji na temat roli i miejsca radioterapii specjalnego przeznaczenia – śródoperacyjnej, radiochirurgii, protonowej – w transplantologii szpiku. Poproszę o zreferowanie obu tematów pana dyrektora Departamentu Lecznictwa, oddelegowanego przez ministra zdrowia, aby to, co dobrego nam się zadziało w tej dziedzinie do tej pory, było przedstawione.

Tak naprawdę z racji tego, że na dzisiejszym posiedzeniu obecne są wielkie autorytety medyczne, profesorowie z bardzo liderskich ośrodków leczenia, chciałabym, aby wsłuchali się w państwa głos i oczekiwania, by móc dowiedzieć się, jakie obrać kierunki, aby usprawnić pewne działania. Jak powiedziałam na wstępie, dużo dobrego w tym zakresie się dzieje.

Aby nie przedłużać, chciałabym wszystkich profesorów i organizacje pacjenckie bardzo serdecznie przywitać. Mamy dziś bardzo istotne tematy do przedyskutowania. Najważniejsze jest to, że mamy pomysł na to, jak to zrealizować. W realizacji naszych

marzeń będzie nam pewnie pomagał pan dyrektor Dzięgielewski, który jest otwarty na dobre praktyki i innowacyjność w medycynie.

Szanowni państwo, bardzo proszę pana dyrektora o zreferowanie tych dwóch tematów, aby móc rozpocząć dyskusję w bardzo otwartym kierunku dobrych rozwiązań w tej innowacyjnej medycynie. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, powinienem na tym skończyć nasze wystąpienie, ponieważ zostaliśmy ustawieni w roli uczniów i tak się dziś czuję, gdy rozmawiamy o nowoczesnych technologiach, które wchodzą i torują sobie ścieżki, choć są znane z wielu miejsc. Można powiedzieć, że to ja słucham państwa. Ogólnie rzecz biorąc, należałby się jakiś wstęp do tej całej dyskusji.

Jeśli chodzi o chirurgię robotową, obecny tu prof. Witkiewicz wpisał się na stałe do encyklopedii medycyny z racji zakupienia pierwszego robota. Do historii przejdzie anegdota, którą opowiadał o zamontowaniu. Po podróży przez śnieżny kraj robot odmówił posłuszeństwa. Robot nie odmówił, jest na tyle inteligentny, żeby nie pozwolić człowiekowi pracować po alkoholu, a dokładnie rzecz biorąc, po tej pogodzie. Skutki są dokładnie porównywalne.

To był 2009 r., panie profesorze? Nie, 2010 r.

Szczęśliwie w 2022 r. udało się rozpocząć dzieje chirurgii robotowej w Polsce. Co do jedynego, absolutnie bezdyskusyjnego wskazania, jeśli chodzi o chirurgię robotową, czyli prostatektomii, po pierwsze wszystkie autorytety są zgodne, że jeśli chodzi o prostatę, jest to operacja wręcz z wyboru. Po drugie, to był chyba jedyny kierunek, gdzie pacjenci podróżowali do czynnych ośrodków, gdzie można było za tę operację zapłacić. Niemcy się obławiali. Pojawiały się już prywatne roboty, które takie operacje wykonywały w kraju za stosunkowo nieduże pieniądze – na pewno mniejsze niż w Niemczech. Na rynku komercyjnym to było chyba jedyne wskazanie, które się przyjęło, więc nic dziwnego, że od tego zaczęliśmy całą operację.

Co prawda, modny ostatnio kierunek pełnego równouprawnienia płci spowodował, że trochę głosowałem za tym, aby dołączyć jeszcze do tego macicę, bo wypadałoby obydwie płcie zabezpieczyć w jakieś świadczenia, ale to się dzieje w tej chwili. Myślimy o poszerzeniu wskazań o dwie kolejne, może nie tak oczywiste, ale w miarę dobrze opracowane rzeczy – nowotwory macicy operowane robotem da Vinci i ewentualnie rak jelita grubego. Wiem, że pan profesor operował wszystko, w każdym narządzie i w jego klinice potrafią robić wszystko, ale idźmy jakimiś kroczkami.

Tym, co nas, a może mnie trochę przeraża, jest to, że nagle roboty stają się bardzo modne i pojawiają się wszędzie, łącznie z ośrodkami, które praktycznie nie mają żadnego doświadczenia. Można postawić studenta zaraz po studiach do operacji, ale skutki takiej operacji będą łatwe do przewidzenia, chyba że to był bardzo ambitny członek kółka naukowego, ale takich to nie mamy. W chirurgii robotowej trochę nam to grozi. Kupowane są roboty z różnego rodzaju funduszy, bo akurat z ministerialnych niekoniecznie, ale wszelkie fundusze dają na to pieniądze. Nie jest to absolutnie powiązane z możliwościami danego ośrodka.

Bardzo długo pracowaliśmy nad kryteriami przy pierwszym robocie i pierwszym wskazaniu, które było dopuszczone, czyli prostacie. Zdecydowaliśmy, że nie chodzi tylko o to, aby operator był doświadczony. To rzecz oczywista, że operator musi mieć wystarczające doświadczenie i być wyoperowany, ale wprowadziliśmy tam pewne novum – że dany ośrodek już wcześniej musi być zainteresowany danym rodzajem nowotworu.

Proszę państwa, nie wierzę w dobre ośrodki urologiczne operujące prostatę, które wcześniej nie zajmowały się w ogóle radykalnym leczeniem prostaty. Jeśli nie robili tego innego metodami, należy się spodziewać, że cały ośrodek będzie miał kiepskie doświadczenie i nie należy go dopuszczać. Roboty są teraz kupowane z różnych funduszy, nie patrząc na to, czy ośrodek będzie miał cokolwiek do operowania. Potem oczywiście będzie krzyk, aby wpuszczać wszystko. Przynajmniej póki mam w jakimś sensie na to wpływ,

będziemy się starali, aby jednak te wskazania były, aby pacjentom nie działa się krzywda, bo tak to trzeba nazwać.

To tyle, w zakresie mojego przydługiego wstępu, jeśli chodzi o operacje robotowe. Druga działka jest nieco trudniejsza, bo nie jest aż tak jednorodna i prosta. Mamy tam kilka istotnych rzeczy. Te dwie najistotniejsze, które są w tym wszystkim, to radioterapia protonowa (jak wiemy, mamy obecnie jeden ośrodek w Bronowicach pod Krakowem) i radioterapia śródoperacyjna. To dwa odrębne tematy i odrębne wprowadzenia.

Ośrodek w Bronowicach jest ośrodkiem, który nie jest ośrodkiem medycznym. To jedna z głównych przeszkód, z powodu której nie jest wykorzystywany w 100%. To zakład fizyczny, nie placówka medyczna, nie spełnia wymogów medycznych. Jak wiadomo, świadczenia protonoterapii są świadczeniami medycznymi, które muszą być robione z dobrą obsadą i być rozszerzane. Pierwsze wskazania były stosunkowo skąpe i rzadkie, bo to były nowotwory takie jak czerniak gałki ocznej – można było tam robić protonoterapię.

Od stycznia 2023 r. te wskazania rozszerzyły się w nieznacznym stopniu, bo weszło tam kilka nowotworów z zakresu głowy i szyi. Wszyscy podkreślają, że to clou protonoterapii i najistotniejsze miejsce, gdzie można to robić. Chodzi o pewne typy chłoniaków i nowotworów. Liczba zwiększyła się znacząco. Jedyny ośrodek istniejący w Polsce jest wykorzystywany mniej więcej w połowie swoich możliwości. Szacuje się, że byłoby to 400–500 osób, które rocznie można w tym ośrodku napromieniować.

Proszę państwa, oczywiście pojawił się cały szereg wniosków, że mimo iż nie wykorzystujemy nawet pierwszego ośrodka, to trzeba zbudować ze trzy następne, bo jest to pewnego rodzaju ambicja. Usiadłem nad tymi papierami i mocno się nad tym zastanowiłem. Niemcy mają pięć ośrodków protonoterapii. To 80-milionowy kraj. Mają bardzo szeroką listę wskazań do leczenia protonoterapią. Wpisana jest tam nawet prostata, co do której nie ma jednoznacznie dobrego piśmiennictwa. Po prostu szeroko udostępniają protonoterapii, a mimo wszystko pięć ośrodków wystarcza im na potrzeby 80-milionowego kraju.

Bardzo duża część turystyki z Polski, za środki NFZ, odbywa się do Niemiec. W Niemczech i Pradze są ośrodki, które mają dość mocne komercyjne możliwości i moce przerobowe. Śmiem przypuszczać, że wcale nie są dużo bardziej przepustowe niż nasz ośrodek w Bronowicach. Z tego, co pamiętam, on ma ze trzy stanowiska. One mają fachową nazwę, później mnie państwo poprawią i powiedzą, jak to wygląda.

Nasz ośrodek jest całkiem dobry, ale trzeba się zastanowić, jak go racjonalnie wykorzystać i jak zwiększać jego moc i możliwości, ustalić bardzo dokładnie z państwem i ekspertami, w jakich przypadkach należy stosować protonoterapię. Nie ma tu jednoznacznego piśmiennictwa i jasnych, prostych wytycznych. Kraje bardzo się różnią od siebie. Stany czy Niemcy stosują to bardzo szeroko, ale nie ma jednoznacznych dowodów, że takie postępowanie ma dużą przewagę, a z całą pewnością jest dużo droższe, chociażby budowa takiego ośrodka jest bardzo kosztowna. Trzeba do tej kwestii podejść bardzo rozważnie, jeśli chodzi o ewentualną rozbudowę już istniejącego ośrodka, zastanowić się, kiedy to zrobić i w jaki sposób, abyśmy znów nie mieli ośrodka, którzy przyjmuje na 1/10 czy 1/15 swoich mocy przerobowych, po zainwestowaniu w to setek milionów złotych, jeśli nie więcej. To tyle w dużym skrócie, jeśli chodzi o protonoterapię.

Jeśli chodzi o radioterapię śródoperacyjną, tu trochę biję się w pierś. Problem gdzieś przez cały czas krąży w pobliżu ministerstwa. Tak naprawdę problemem rozwoju terapii śródoperacyjnej jest to, że radioterapii może udzielać tylko ośrodek, który posiada dwa akceleratory i jedno urządzenie do brachyterapii. W związku z tym, jeśli taki ośrodek już w te wszystkie urządzenia i metody zainwestował, to śródoperacyjną nie jest już tak zainteresowany. Nie ma możliwości realizacji radioterapii śródoperacyjnej w ośrodkach, które nie mają żadnego innego sprzętu czy urządzenia. Jest to zablokowane na gruncie koszykowym.

Jeśli chodzi o radioterapię śródoperacyjną, są silne dowody naukowe i dogłębne badania, że jest cały szereg obszarów, w których stosować ją warto i należy. Znowu nawraca głowa i szyja, jak wszędzie, trzustka, narządy miednicy oraz cały szereg lokalizacji, w których istnieją dowody naukowe, że takie postępowanie ma pewną przewagę nad postępowaniem z odroczoną teleradioterapią po leczeniu operacyjnym.

W rozmowie z ministrem Niedzielskim zobowiązałem się, że bardzo dokładnie przyjrzymy się sprawie i zastanowimy się, jak to rozwiązać, aby móc to udostępnić pacjentom i poszerzyć w pewnym sensie samą możliwość robienia radioterapii bez skomplikowanych urządzeń i różnych innych miejsc, w których będą zlokalizowane duże maszynki, aby to dać tam, gdzie pacjenci są rzeczywiście operowani. Jak państwo wiedzą, ośrodki, które robią radioterapię, i ośrodki, które mają dużą operatywę onkologiczną – to nie zawsze idzie w parze. To tyle tytułem wstępu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Teraz bardzo proszę o wystąpienie pana profesora.

Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej Wojciech Witkiewicz:

Mam krótką prezentację.

Jeśli państwo pozwolą, historia może jest znana, ale o to, aby wprowadzić robota do Polski, trzeba było walczyć aż 12 lat. Zaczęło się wszystko od pierwszej zdalnie wykonanej operacji Lindbergha w 2001 r., gdy lekarz siedzący w pokoju hotelowym w Nowym Jorku operował pacjentkę znajdującą się w Strasburgu we Francji (odległość 2 tys. mil). Była to cholecystektomia, operacja trwała około 1,5 godziny. Chora na drugi dzień poszła do domu.

Ta procedura i technologia, jak zwykle wszystko, co jest nowe i dużo kosztuje, w Stanach Zjednoczonych przeznaczana jest dla celów wojennych. Wtedy pracowano nad systemem, który pozwalałby operować chorych na polu walki, gdy lekarz siedziałby w schronie czy na statku. Pokazano, że istnieje taka możliwość. Obecnie w Stanach Zjednoczonych szkolonych jest ok. 50 chirurgów, którzy są przygotowani, aby ewentualnie wykonać tę operację zdalnie w kosmosie.

Wróćmy jeszcze do naszego kongresu. W Polsce robot chirurgiczny da Vinci po raz pierwszy został zaprezentowany w 2009 r., w czasie 64. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich. Wtedy działały już na świecie 1662 roboty, a nasi przyjaciele Czesi mieli ich już 7. Zaczęła się batalia, na tym kongresie został przeprowadzony wniosek, że zaczniemy w Polsce walczyć o to, aby polscy chirurdzy mogli korzystać z tego urządzenia. Uchwałą kongresu ustalono, że po kongresie odbędzie się posiedzenie wszystkich towarzystw chirurgicznych, z których lekarze chirurdzy mogą korzystać.

Takie posiedzenie odbyło się w Łodzi, po zakończeniu kongresu, i zaczęła się przepychanka. Chcieli to kupić w Warszawie, zaczęli się kłócić, ale wtedy trzeba było zdobyć środki. Akurat tak się stało, że dolar wtedy kosztował 2,50 zł. Wszyscy się kłócili i nie było konkretnego wyjścia, w Ministerstwie Nauki, za pośrednictwem Fundacji Nauki Polskiej, złożony został grant i zakupiono pierwszego robota da Vinci. To był wtedy najnowocześniejszy robot, z dwoma konsolami. Stało się to w grudniu 2010 r., zaraz po tym rozpoczęły się pierwsze operacje, najpierw z proktorami, potem operacje były wykonywane już samodzielnie.

Mogą zobaczyć państwo pierwszą operację, histerektomię, którą wykonał prof. Persson. Tu mogą państwo zobaczyć prof. Mottrie, który wykonywał pierwszą prostatektomię. Następnie wykonano operację cholecystektomii i operację jelita grubego. Mimo iż ta procedura była już uznana na świecie, trzeba było wystąpić do Agencji Oceny Technologii Medycznej, złożyliśmy wniosek po wykonaniu 100 operacji. Na podstawie piśmiennictwa został złożony wniosek do Agencji Oceny Technologii Medycznej.

Ocena była taka, że oto zebrała się komisja przejrzystości, która oceniła to negatywnie. Przewodniczący komisji chcąc wybrnąć z sytuacji, zastosował salomonowe wyjście – że będzie możliwość używania robota da Vinci, ale do badań naukowych. Nie znalazło się to w koszyku świadczeń gwarantowanych. W związku z tym Intuitive Surgical, Amerykanie zdenerwowali się i zatrzymali sprzedaż robotów do Polski, ale zatrzymali też serwis, co było gorsze. W związku z tym zostałem z robotem. Na szczęście to urządzenie się nie psuło.

Wykonywaliśmy operacje, ale tylko na podstawie grantów naukowych i sponsorów – zaczęła się walka. W 2010 r. i 2011 r. odbyło się ponad 80 spotkań. Było posiedzenie komisji sejmowej, senackiej, wystąpienie u prezydenta. Do 2017 r. nie można było zakupić robota w Polsce. W związku z tym doszło do spotkania w Ministerstwie Spraw Zagra-

nicznych i Ministerstwie Zdrowia. Te ministerstwa się zebrały i ustalono, że powstanie dziesięcioletni program rozwoju robotyki w Polsce. Przywrócono możliwość sprzedaży do Polski i ich serwis. Kto skorzystał? Oczywiście podmioty prywatne. Od 2017 r. operować i kupować zaczęły ośrodki prywatne.

Dalej próbowałem prowadzić działalność, aby doprowadzić do uruchomienia tej procedury, aż do 2021 r., gdy spotkałem się z ministrem Niedzielskim. Przedstawiłem mu ten problem w listopadzie 2021 r. Minister prosił, aby przedstawić mu dokumenty. Miałem je przygotowane, bo przedstawiałem je czterem kolejnym ministrom – poprzednikom pana ministra Niedzielskiego.

Po miesiącu pan minister zakomunikował, że będą, tak jak wystąpiliśmy, trzy procedury. Złotym standardem są obecnie trzy procedury – rak prostaty, rak macicy i rak jelita grubego. Wszystko to jest w miednicy małej, gdzie jest bardzo trudny dostęp. Nie będę już państwu tego wszystkie pokazywał, ale chcę powiedzieć, że już po miesiącu minister poprosił o rozszerzenie tych wszystkich danych i w marcu była decyzja, że od 1 kwietnia tego roku będzie jedna procedura, a nie trzy – prostatektomia – finansowana z NFZ. Jest już finansowana. Powstały zasady – ośrodek może przystąpić do wykonywania tych procedur po wykonaniu co najmniej 100 operacji. Niemcy tak to policzyli, że jeśli jeden zespół w ośrodku wykonuje 150 operacji, to wychodzi na zero. Jeśli wykonuje tych operacji 200, to już zarabia. Jeśli wykonuje 250 i powyżej, to przynosi dochód. Ta procedura rzeczywiście jest dobrze wyceniona. Jeśli chodzi o raka prostaty, to procedura DiLO – za to są dodatkowe punkty. Rzeczywiście jest tak wyceniona, że obecnie nie dopłaca się do tego, ale to wszystko trwało 12 lat.

Proszę państwa, nie będę mówił o tym, dlaczego tak długo to trwało. Może popełniłem jakiś błąd, nie wiem, jakiego słowa użyć, kto hamował tę sytuację. Obecnie na świecie tych robotów jest 6,5 tys. i te procedury są wykonywane – nie tylko w zakresie prostaty, ale też inne, a w szczególności takie, które są najtrudniejsze do wykonania metodą klasyczną czy laparoskopową.

Przepraszam najmocniej, nie chcę już więcej zabierać czasu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, mam tę negatywną cechę, że wszystkich dyscyplinuję. Przepraszam najmocniej. Pan dyrektor się uśmiecha, ale tak jest, bo mamy ograniczony czas. Staram się tak prowadzić posiedzenie, aby każdy mógł zabrać głos.

Po wstępie do historii, która była trudna, ale się dzieje, bo wszystkie wspaniałe rozwiązania rodzą się w bólu, jesteśmy na bardzo dobrej drodze. Potrzeba tylko impulsu, abyśmy to poukładali, aby Ministerstwo Zdrowia miało możliwość podejmowania dobrych decyzji przy współpracy z profesorami.

Bardzo proszę teraz o zabranie głosu pana prof. Andrzeja Kaweckiego, który reprezentuje Narodowy Instytut Onkologii i jest konsultantem wojewódzkim do spraw radioterapii onkologicznej województwa mazowieckiego oraz członkiem Komisji ds. Rozwoju Protonoterapii. Muszę dodać, że reprezentuje również Państwowy Instytut Badawczy.

Panie profesorze, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego Andrzej Kawecki:

Dzień dobry państwu. Dziękuję za przedstawienie.

Pani przewodnicząca, ogólnie odniosę się do tematów dotyczących radioterapii. Są dwie kłódki, co mogę krótko podsumować, jeśli chodzi o radioterapię śródoperacyjną. Nie ulega wątpliwości, że metoda ta powinna być rozwijana, przy czym nie może być rozwijana w całkowitym oderwaniu od reszty radioterapii. To powinno być organizowane w tych ośrodkach, które mają doświadczenie lub realizowane przez lekarzy i przede wszystkim fizyków, którzy mają w tym doświadczenie.

Był jeszcze temat radiochirurgii i radioterapii stereotaktycznej. Mogę powiedzieć, że obecnie tego tematu nie ma. Wyposażenie zakładów radioterapii w Polsce umożliwia praktycznie w każdym ośrodku realizację tych procedur. Do radiochirurgii i radioterapii stereotaktycznej nie jest niezbędny cyberknife czy gamma knife. Jest to teraz realizowane na współczesnych przyśpieszaczach liniowych, wielofunkcyjnych typu edge.

Najważniejszy jest temat radioterapii protonowej, wokół której narosło dość dużo mitów, które niejako wypaczają obraz potrzeb w tym zakresie w Polsce. Pierwsza uwaga, od której należy zacząć, a niestety w mediach różnie się słyszy – skuteczność przeciwnowotworowa radioterapii protonowej jest identyczna jak radioterapii fotonowej. Nie jest to metoda, która zastępuje radioterapię fotonową, ale jest komplementarna w pewnych sytuacjach. Cały zysk z radioterapii protonowej polega na wykorzystaniu unikalnych właściwości fizycznych protonów, które pozwalają na odcięcie się wiązki promieniowania na krótkim odcinku od narządu krytycznego. Narząd krytyczny to taki, gdzie dawka tolerancji jest znacząco niższa od dawki terapeutycznej, którą musimy podać na guz.

Beneficjentami wśród chorych w zakresie radioterapii protonowej są przede wszystkim dzieci. To metoda, która powinna być jak najszerzej stosowana w radioterapii pediatrycznej. Wszystkie te sytuacje, gdzie objętość napromieniania jest w bezpośredniej styczności z narządami krytycznymi, to generalnie struktury nerwowe rdzenia kręgowego, nerwów wzrokowych, mózgu czy też serca. Tym są dyktowane wskazania. W żadnym kraju nie są to wskazania uniwersalne i nie jest to metoda zastępująca radioterapię fotonową, której będzie wymagało więcej niż 95% chorych onkologicznych.

Sytuacja w Polsce. Mamy ośrodek w Bronowicach, którego problemem jest to, że jest to ośrodek niemedyczny i trudno zgrywać stosowanie radioterapii protonowej w ramach takiego ośrodka. Jest tam jeszcze dodatkowy aspekt – w Krakowie onkologia pediatryczna to przede wszystkim onkohematologia, gdzie wskazania radioterapii dzieci były ograniczone. Zapotrzebowanie na radioterapię protonową obliczane tak ostrożnie to w Polsce docelowo według obecnych wskazań około 1200–1500 pacjentów. To wnioski z komisji, która została powołana na wniosek ministra zdrowia i dwa lata temu zakończyła działanie.

W Polsce docelowo rozwój powinien polegać na etapowości – aby najpierw wykorzystać to, co mamy, czyli ośrodek w Bronowicach, i w bliskiej perspektywie uruchomić drugi ośrodek. Nie będę ukrywał, pochodzę z Warszawy i jestem lokalnym szowinistą – lokalizacja tego ośrodka powinna być zgrana z wielkimi ośrodkami pediatrycznymi onkologii pediatrycznej zajmującej się guzami litymi. Mogę powiedzieć, że więcej niż 50% dzieci napromienianych jest w Warszawie w Instytucie Onkologii z racji ogromnego ośrodka, jakim jest Centrum Zdrowia Dziecka Instytutu Matki i Dziecka. Tak samo jest to zaplecze licznych oddziałów, klinik neurochirurgii, chirurgii głowy i szyi oraz podstawy czaszki. To powinny być wiodące elementy.

Na pewno należy uniknąć sytuacji, że rozwój radioterapii protonowej w Polsce będzie przebiegał w sposób niekontrolowany. Z funduszy regionalnych oczywiście ktoś może kupić protony. Pamiętajmy o tym, że to najwyższa szkoła jazdy, najwyższa półka, która wymaga nie tylko superspecjalistycznego zespołu lekarzy, ale też superspecjalistycznego zespołu fizyków. To trzeba brać pod uwagę. Do tego predysponowane są naprawdę duże ośrodki onkologiczne i oczywiście potrzebne jest zaplecze. Jak mówiłem, to onkologia pediatryczna, wszystkie ośrodki z innymi metodami onkologicznymi stosowanymi na dużą skalę.

To był mój krótki komentarz. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę teraz o zabranie głosu prof. Mariusza Bidzińskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej, kierownika Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii. Nowotwory kobiece są przodującymi i w tej dziedzinie pan profesor ma bardzo duże osiągnięcia. Bardzo proszę o komentarz do tematu.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i udzielenie mi głosu.

Jako konsultant krajowy zderzam się dziś z potężnym problemem, jakim jest przede wszystkim wzrost niektórych nowotworów. Szczególnie dotyczy to trzonomacicy, o czym alarmują nie tylko same pacjentki, ale również media. Mamy wyraźny wzrost nowotworów trzonomacicy. To dość specyficzna populacja osób – mówię o osobach z dużą nadwagą, aby nie mówić o dużej otyłości, to pacjentki z wielochorobowością, które mają już szereg róż-

nego rodzaju problemów zdrowotnych. Techniki małoinwazyjnej chirurgii są absolutnie kluczowe, abyśmy mogli działać w sposób bezpieczny i optymalny finansowo.

Trzeba sobie wyraźnie powiedzieć, że koszt sprzętu, robotyki, jest niebagatelny, ale koszt powrotu do zdrowia naszych podopiecznych to też wielka suma, którą trzeba wydać nie tylko na procedury szpitalne, ale też na rehabilitację i wszelkiego rodzaju działania, które mają za zadanie postawić tych ludzi na nogi oraz przywrócić do pełnej aktywności zawodowej i rodzinnej.

W związku z tym na dzień dzisiejszy mogę powiedzieć, że z punktu widzenia mojej specjalności, jaką jest ginekologia onkologiczna, widzę konieczność i potrzebę do tego, aby tę specjalność uzbroić również w procedury technik robotycznych. Kilka dni temu byłem na zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej w Tampie. Nie usłyszałem ze strony wykładowców i trenerów o innych technikach, które są w tej chwili realizowane w Stanach Zjednoczonych w przypadku kobiet z rakami endometrium niż techniki robotyczne. To okazuje się dużo bardziej finansowo korzystne, zarówno dla systemu, jak i dla pacjentów. To koszty, które w niezbyt odległej perspektywie się zwracają.

Krótko mówiąc, bardzo nam zależy na tym, aby te techniki robotyczne w naszej dyscyplinie, czyli ginekologii onkologicznej, również zagościły. Słyszałem, że pan dyrektor obecnie intensywnie pracuje nad tym, aby do koszyka mogły być dołączone również te procedury. Jak pan podkreślił, trzeba sobie zdawać sprawę, kto ma dostawać tego typu narzędzia. To muszą być odpowiednie procedury, wskaźniki, które są dobrze dopracowane, aby te technologie nie uzyskały wręcz negatywnego PR. Mamy przykłady, że techniki robotyczne w niewłaściwych rękach mogą spowodować więcej szkody niż pożytku. Dla mnie to element, który trzeba brać pod uwagę.

Muszą to być zespoły, które są wyedukowane, które mają odpowiednią akwizycję pacjentów. To ośrodki, które powinny centralizować działania w zakresie onkologii. Nie ukrywam, że obecnie w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej mamy m.in. Narodowy Instytut Onkologii, o który będę zawsze walczył, bo jestem z nim związany duchem, sercem i wieloma innymi narządami swojego ciała. Chcę, aby w tym ośrodku, który jest krajowym ośrodkiem monitorującym, tego typu technologie mogły zagościć, i to w niedalekiej przyszłości. Bardzo na to liczę.

Króciutko wypowiem się na temat terapii protonowej, mimo iż nie jestem radioterapeutą. Uważam, że jeśli mówimy o Narodowym Instytucie Onkologii, a więc placówce, która ma tworzyć standardy, przełamywać pewne uprzedzenia, to tego typu technologia powinna się tu znaleźć. Jak powiedział pan prezydent Kawecki, leczymy olbrzymią liczbę dzieci i ta technologia ma na to niezwykłe przełożenie. To technologia, która daje bardzo dobre wyniki, a z drugiej strony jest w miarę optymalna i bezpieczna. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze.

Zanim rozpocznę dyskusję, zapytam, czy posłowie chcą teraz zabrać głos, czy później? Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Rzeczywiście chciałem zabrać głos i ustosunkować się do trzech tematów.

Pierwszym jest robotyka. Właściwie wszystkie trzy są przykładem impotencji decyzyjnej, która w tym kraju ma miejsce od wielu lat. Przypominam sobie mój pobyt w zaprzyjaźnionym z moim miastem szpitalem w Lievensberg, Bergen op Zoom, gdzie 10 lat temu obserwowałem, jak działa blok operacyjny.

Jestem chirurgiem, w tym czasie byłem burmistrzem miasta, nawiązałem kontakty z tym szpitalem w Lievensberg. Oglądałem, jak operuje się tam przy użyciu robota da Vinci. Operowali oni wtedy raka prostaty. Tych zabiegów było kilka dziennie, aby wykorzystać sprzęt. Operowali zarówno ginekolodzy, jak i chirurdzy oraz urolodzy. To nie było wtedy żadne novum. Szpital, który był 12 km dalej, w Roosendaal, miał taki sam sprzęt i tak samo operował.

Teraz mamy 2023 r. i u nas cały czas dyskutujemy, jakie to innowacyjne rozwiązanie. Pan prof. Bidziński przed chwileczką mówił o tym, jak to wygląda w Stanach Zjednoczonych. Nie chcę, abyśmy koniecznie porównywali się do Stanów, ale w stosunku

do wielu krajów, nawet do Czechów, jesteśmy daleko w tyle. To tyle, jeśli chodzi o robotykę, na której się specjalnie nie znam.

Jeszcze mniej znam się na radioterapii, ale jestem bardzo zaniepokojony ostatnimi informacjami, które były w „Gazecie Wyborczej", pokazującymi, że radioterapia jest zagrożona przez rozporządzenie ministra. Mam nadzieję, że pan dyrektor Dzięgielewski coś na ten temat powie. Fizycy, medycy, którzy do tej pory mogli programować radioterapię, zarówno ci, którzy mają specjalizację z tej dziedziny medycyny, fizyki medycznej – nie pamiętam już jak to się nazywa – jak i ci, którzy są w trakcie specjalizacji, podlegają pewnym ograniczeniom. W związku z tym spadła liczba osób, które mogą zaprogramować radioterapię, wypadli oni z systemu. To podobno niebezpieczne rozwiązanie i mam nadzieję, że uzyskami tu jakąś odpowiedź.

Moim konikiem od wielu lat jest to, o czym mówił pan prof. Kawecki, czyli protonoterapia. Zacząłem się tym interesować, bo miałem przyjaciela, który miał guz w dnie czaszki, w okolicy pnia. W Polsce nie mógł uzyskać pomocy. Rekomendowałem mu, aby pojechał do Monachium. Tam poddał się protonoterapii, wyszedł z tego i żyje wiele lat szczęśliwie. Ten kierunek rekomendowaliśmy kolejnym pacjentom, którzy wyjeżdżali z Polski.

W tym czasie istniał już ośrodek w Bronowicach. Rozmawiałem na ten temat na posiedzeniach Komisji wielokrotnie z ówczesnym wiceministrem, panem Gadomskim, który opowiadał tu różne blubry, jak to wszystko jest już na najlepszej drodze i za miesiąc wszystko będzie działało super. Nie działało super. Przypomnę, że ośrodek został zbudowany w 2015 r., oddany został chyba w październiku. Starałem sobie odświeżyć dane, jak wygląda liczba leczonych pacjentów. Mimo iż w 2015 r. były tam trzy cyklotrony – jeden dedykowany narządowi wzroku, a dwa nowotworom poza narządem wzroku – w latach 2016–2019, gdy od jakiegoś czasu działał już ośrodek w Bronowicach, z protonoterapii skorzystało łącznie 13 dzieci. Zaraz pan profesor wyprostuje to, co mówię. W 2022 r. – co odtrąbiono jako olbrzymi sukces – było to 10 dzieci. Oczywiście, jeśli przez 4 lata było 13 dzieci, a w ciągu roku udało się 10 dzieci, to można powiedzieć, że to jakiś sukces.

Oczywiście, że protonoterapia, jak mówił pan profesor, jest dedykowana trudnym nowotworom, gdzie staramy się wszystko zrobić, aby trafić w punkt, aby tych krytycznych narządów obok nie uszkodzić. Jest stosowana wszędzie tam, gdzie nowotwór jest blisko nerwu wzrokowego czy słuchowego, na dnie czaszki, koło pnia mózgu itd. Te wskazania są obecnie dużo szersze.

Pan konsultant krajowy ds. radioterapii, o czym chyba wspomniał też pan profesor, powołał zespół ekspertów, który miał określić rekomendacje dla nowotworów, które mogą być leczone w Bronowicach. Wymieniono tam 50 nowotworów. Potem była interwencja ministra i do AOTMiT z tych 50 trafiło tylko 10, a AOTMiT odrzucił jeszcze 3 i zostało 7. Oczywiście 7 jest lepsze niż nic, ale chcę podkreślić, że ten ośrodek praktycznie nie działa. Dla mnie taka retoryka, że ośrodek nie działa, ponieważ jest na bazie instytucji naukowej, która w swoim założeniu nie jest dla leczenia chorych – tak to przeczytałem i w pewnym stopniu pan profesor to potwierdził – to jakieś kuriozum. To po cholerę ten ośrodek zbudowano? Aby białe myszy naświetlać tymi protonami?

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Pani przewodnicząca, moment.

Gdyby ministerstwo, rządzący, NFZ chciały tę sprawę rozwiązać, toby się to udało. Nie takie rzeczy państwo rozwiązywali w ciągu tygodnia. Mijają lata i nic się nie dzieje. Nie rozumiem argumentacji pana profesora, dlaczego ta mała liczba pacjentów jest częściowo zdeterminowana tym, że ośrodek jest pod Krakowem, a w Krakowie onkologia dziecięca zajmuje się czym innym. Skoro to jedyny ośrodek w Polsce, powinny tam trafiać osoby z całej Polski. Co to za różnica dziś, czy coś jest w Warszawie, czy w Krakowie. To nie są Stany Zjednoczone, odległości są stosunkowo małe.

Jeszcze raz podkreślam – to jest nasza klęska, że ten ośrodek leczy tak niewielu pacjentów. Leczy obecnie też osoby dorosłe, ale z ograniczonymi wskazaniami i cały czas

ta liczba jest niewielka. Kilkaset kilometrów stąd, w Pradze, mamy ośrodek, który działa od mniej więcej takiego samego czasu, leczył około 10 tys. osób. Tam wskazania są dużo szersze. Trudno mi z tym polemizować, bo nie jestem radioterapeutą, tylko chirurgiem-onkologiem. Ciężko mi polemizować z tym, czy są wskazania na przykład do leczenia raka prostaty protonoterapią. Oni tam to robią i mają wyniki. Gdyby były beznadziejne, to ludzie by tam nie trafiali. Oczywiście to mało medyczna argumentacja.

Jeszcze raz podkreślam, to tematy, które świadczą o tym, że u nas podejmowanie decyzji w sprawach leczenia innowacyjnego jest niezwykle trudne i najnormalniej w świecie tego nie rozumiem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle, bardzo dziękuję za wystąpienie.

Bardzo proszę o wypowiedź pana profesora, któremu udzielę teraz głosu.

Zastępca dyrektora ds. klinicznych NIO – PIB Andrzej Kawecki:

Troszkę poczułem się wywołany do odpowiedzi, panie doktorze. Miło mi pana spotkać po latach.

À propos ośrodka w Pradze, to ośrodek komercyjny, który napromienia za pieniądze wszystkich, którzy się zgłoszą. Podobnie było z ośrodkiem w Monachium – Rinecker Proton Therapy Center. To był ośrodek prywatny i wskazania tam były ustalane według widzimisię. Nie o to jednak chodzi. Sprawa Bronowic faktycznie jest trudna. Wynika z tego, że w pewnym stopniu to ośrodek położony z daleka od szpitali. Trudne są zarówno dojazdy, jak i cała logistyka. Przykładowo do napromieniania dzieci, oprócz radioterapeuty-fizyka, potrzebny jest anestezjolog. Musi być zaplecze anestezjologiczne. Tu problemów logistycznych było bardzo wiele.

Jeśli chodzi o to, że taki ośrodek powinien być skorelowany z dużymi ośrodkami pediatrycznymi, onkologia pediatryczna to obecnie leczenie skojarzone. To nie jest sama radioterapia, gdzie dziecko trafia i jest napromieniane. Jest ona elementem leczenia skojarzonego z udziałem chemioterapii, leczenia ukierunkowanego molekularnie, chirurgia również.

Chciałem zauważyć, że ostatnich latach poprawa sytuacji ośrodka w Bronowicach była przedmiotem szczególnej uwagi środowiska onkologicznego. W ostatnich latach te liczby wzrosły. Trudności, jakie były w przypadku dzieci ze szpitala uniwersyteckiego to sprawa, która nie podlega moim kompetencjom jako konsultanta krajowego, bo to było dogadanie się szpitali między sobą, ale jest to obecnie rozwiązywane. Podkreślam – drugi ośrodek radioterapii protonowej byłby w Polsce potrzebny, z alokacją w Warszawie, gdzie jest na to duże zapotrzebowanie.

Nie jest tak, panie doktorze, że wszystko jest łatwe, wybudowaliśmy ośrodek, strzelamy palcami i napromieniamy, tym bardziej że to była inwestycja realizowana od początku przez ośrodek naukowy, czyli Instytut Fizyki Jądrowej. Od 2005 r. istniało Konsorcjum Radioterapii Hadronowej, w którym miałem również udział. Fizycy z Krakowa niejako zupełnie nas zaskoczyli, bo ten plan rozwoju radioterapii, który założyliśmy, był troszeczkę inny. Podkreślam, że trzeba wykorzystać to, co mamy w pierwszym rzędzie, czyli Bronowice. i myśleć już teraz o rozszerzeniu działalności. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Zanim oddam pani głos, pierwszeństwo mają posłowie. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jeśli któryś z profesorów chce zabrać głos, to bardzo proszę, ale chciałem odnieść się do słów mojego przedmówcy, pana doktora, który może z frustracji tudzież z braku pokory dość pomstował na ten kraj, tego kraju w jakiś sposób nie akceptuje.

Panie doktorze, szanowni państwo, mogę przypomnieć, że w 2015 r. w NFZ, w służbie zdrowia było 77 mld zł. W 2023 r. jest 160 mld zł. Proszę zwrócić uwagę, jaki to potężny wzrost, jeśli chodzi o finansowanie. W tamtych latach, o których mój przedmówca mówił, była taka zasada ówczesnego pana ministra: „Zamknij cztery szpitale i przyjdź po 200 baniek”. Pamiętają państwo ten cytat? To była taka kwestia – że pieniędzy nie ma i nie będzie. Trochę pokory, troszeczkę powagi, panie doktorze.

Oczywiście może takie wylewanie oliwy na tę wzburzoną wypowiedź pana posła… Rzeczywiście, mamy wspaniałych fachowców w zakresie innowacyjnych, nowoczesnych metod leczenia. Proszę zwrócić uwagę, że kilka lat temu w kwestii leczenia raka piersi potrójnie ujemnego czy hormonozależnego lub HER2 byliśmy praktycznie w powijakach i znacząco odstawaliśmy od reszty świata. Teraz onkohematologia, pediatria – choć może nie aż tak bardzo – w terapii jest na poziomie europejskim. Mamy złą wczesną wykrywalność, ale z drugiej strony zawsze mamy dewizę, że rak to nie wyrok. Mamy w Polsce doskonałe ośrodki i fachowców i radioterapię.

Protonoterapia rzeczywiście jest teraz wyzwaniem, ale zawsze trzeba wykazywać pewną roztropność. To jest modne, chwytliwe, w innych krajach komercyjne – co należy zauważyć. W Polsce mamy da Vinci, Versius, inne sprowadzane nowocześniejsze roboty, niemiecko-szwajcarskie, jest jeszcze koreański. Wszystko idzie do przodu. Próbujemy w miarę naszych możliwości być na poziomie europejskim, jeśli chodzi o kwestie terapeutyczne.

Proszę zwrócić uwagę – jeszcze raz mówię – że jeśli pojedziemy do Monachium czy gdzie indziej, to wszędzie zbieramy pieniądze. Ostatnio zbieraliśmy pieniądze na Zolgensma – najdroższy lek świata na SMA. Polski rząd wprowadził refundację tego leku. Jedna dawka, którą się podaje, kosztuje 9,5 mln zł. Dorównujemy i nie trzeba być tak sfrustrowanym i złośliwym. Pokora i roztropność w medycynie są bardzo ważne i potrzebne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę teraz o zabranie głosu panią doktor Renatę Kopeć, kierownik Centrum Cyklotronowego w Bronowicach. Bardzo proszę.

Kierownik Centrum Cyklotronowego Bronowice Instytutu Fizyki Jądrowej Państwowej Akademii Nauk Renata Kopeć:

Dzień dobry państwu.

Jak powiedziała pani przewodnicząca, kieruję tym ośrodkiem. Może przedstawię kilka punktów sprostowania.

Wielokrotnie poruszano kwestię naszego centrum. To jest jeden cyklotron i trzy stanowiska – jedno do radioterapii protonowej nowotworów gałki ocznej. Leczy to ośrodek kliniczny. Trzeba powiedzieć, że to ośrodki kliniczne, w tym przypadku jest to szpital uniwersytecki – klinika okulistyki w Krakowie. Są też dwa stanowiska gantry. To najnowocześniejsze stanowiska, jakie są obecnie instalowane na świecie. Jest to ołówkowa wiązka skanująca.

Nasze stanowisko było jednym z pierwszych na świecie, bodajże pierwszym w Europie i drugim na świecie. Zainstalowano je w 2015 r. Obecnie każdy nowy ośrodek, który jest budowany, jest tylko w tej technologii. Oczywiście są może jakieś technologiczne ulepszenia, ale to wciąż ta sama technika, więc ośrodek jest bardzo nowoczesny. To dwa równoległe stanowiska.

W 2016 r. zaczęliśmy napromieniowanie gantry. Liczba pacjentów cały czas rosła. Obecnie ośrodek jest wykorzystany. W ubiegłym roku liczba pacjentów wyniosła blisko 200. Może część z państwa nie wie, ale to zależy od frakcji, w jakiej jest leczony pacjent. Ta liczba 400–500 była liczona na pacjentów, którzy standardowo mieliby by tam około 20–30 frakcji. U nas jest od 20 do nawet 400 frakcji, z tych względów, o których mówił pan profesor. To podanie bardzo wysokiej dawki, więc podaje się ją we frakcjach. Przy struniakach to nawet 76. Taki pacjent jest u nas czasami przez 6–8 tygodni, łącznie z przygotowaniem. Obecnie napromieniamy 40–50 pacjentów dziennie. Na tych dwóch stanowiskach, jak to pierwotnie obliczono, maksymalna przepustowość wynosi 54. Jesteśmy więc na granicy swojego wykorzystania. Nawet jeśli jest to 80–100%, to wiadomo, że przed świętami nie rozpoczyna się radioterapii. Robi się to po świętach. Są fluktuacje, ale to blisko 100%. Zaczynamy o 6.00 rano testami, czas schodzi od 7.30 do 19.00–21.00. Te wszystkie zarzuty są nieaktualne.

Leczy Narodowy Instytut Onkologii i leczone są również dzieci. Rzeczywiście, był to szpital uniwersytecki, ale ten program został rozwiązany w zakresie dzieci, które nie

wymagają anestezji. Przez krótki czas, do 2019 r., był to uniwersytecki szpital dziecięcy w Krakowie. Były tam leczone również dzieci z anestezją. Myślę, że to nie jest miejsce i zbyt długo by to zajęło, więc nie będę rozwijała tego tematu.

Obecnie wszystkie dzieci, które nie wymagają anestezji, a są do nas kierowane, są również przyjmowane przez Narodowy Instytut Onkologii w Krakowie, hospitalizowane w uniwersyteckim szpitalu dziecięcym, jeśli jest taka potrzeba. Nie ma problemów logistycznych. Pod względem technicznym od początku sobie radziliśmy. Dysponujemy zespołem w ramach centrum techników elektroradiologii, fizyków medycznych, współpracujemy z lekarzami, fizykami medycznymi z NIO. Jeśli chodzi o fizyków ze specjalizacją, o których pan wspominał, mamy ich sześciu, w tym mnie. Wszelkiego rodzaju względy formalne, z którymi borykaliśmy się na początku, zostały w ramach dobrej woli i współpracy po prostu rozwiązane.

Jeśli popatrzymy na ubiegły rok, zobaczymy, że było blisko 200 pacjentów wraz z tymi z radioterapii oka. Po tym rozszerzeniu wskazań w tym roku spodziewamy się dużo więcej pacjentów. Oczywiście zapełniliśmy się po rozszerzeniu wskazań, które miało miejsce w styczniu tego roku. Dzieci są leczone. Wczoraj w naszym centrum było dziesięcioro dzieci, oczywiście na różnych etapach, rozpoczęciach, symulacjach, maskach. Wiadomo, że dzieci wymagają większego zaopiekowania. Nie ma możliwości leczenia z anestezją. Nawet nie jeden, ale dwa ośrodki powinny być potrzebne, patrząc na to, co dzieje się na świecie, ale to nie są decyzje do podjęcia na naszym podwórku. Jak powiedziałam, nasz ośrodek obecnie jest zapełniony. Przyjmujemy pacjentów, którzy są kierowani przez NIO.

Problemy organizacyjne czy techniczne nadal wymagają rozwiązania, ale od tego jest rozmowa i wzajemne porozumienie, aby iść w dobrym kierunku. Myślę, że to idzie w dobrym kierunku. Od 2016 r. do chwili obecnej historia zatoczyła koło. Trwało to wszystko kilkanaście lat. W 2011 r. rozpoczęliśmy radioterapię, w międzyczasie przeszliśmy też przez wszelkiego rodzaju kontrole, w tym Najwyższej Izby Kontroli. Wydaje mi się, że mogę odpowiedzieć na pytania, ale poruszyłam kwestie najważniejsze i myślę, że przy kolejnym rozszerzeniu będziemy mogli napromieniać więcej pacjentów.

Odniosę się jeszcze do kwestii fizyków. Oprócz fizyków medycznych dysponujemy również inżynierami serwisowymi. Plus budowy naszego ośrodka był taki, co zostało podkreślone, że serwis był na poziomie 2 mln zł w stosunku do 12 mln zł. Dlatego radioterapia zaczęła się w naszym ośrodku, we współpracy z ośrodkami medycznymi. Podpisali się pod tym ówcześni konsultanci. Obecnie ośrodek zlokalizowany przy dużych ośrodkach miejskich to prawidłowy kierunek. Dziękuję państwu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Głosy w dyskusji. Bardzo proszę.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik stowarzyszenia SANITAS i osób objętych opieką paliatywną.

Z danych, które przedstawił pan dyrektor Dzięgielewski, wynika, że skoro w Niemczech mamy 80 mln obywateli, a jest pięć ośrodków, to wypada jeden ośrodek na 16 mln, my mamy 40 mln obywateli, więc dwa są nam na pewno potrzebne. Pani doktor dokładnie wyjaśniła, dlaczego potrzebne są dwa. Czy to będzie Warszawa, czy inny ośrodek, to powinna być moim zdaniem i zdaniem pacjentów decyzja w drodze konkursu, a nie taka odgórnie ustalona. Wygra ośrodek, który będzie miał lepszy zespół i warunki. Tak to powinno się odbywać.

Chciałam zwrócić uwagę na jeszcze jeden rodzaj radioterapii, tzw. radiologii interwencyjnej, o której dziś nie mówimy, a która też jest bardzo potrzebna, którą uważa się, jeśli chodzi o onkologię, nawet za czwartą metodę leczenia. Ten kierunek też powinien być rozwijany. Oczywiście jest to leczenie przy bardzo określonych wskazaniach, ale jest też bardzo potrzebne, bo jest mało inwazyjne. Myślę, że jakieś jedno spotkanie mogłoby być temu tematowi poświęcone. To są zabiegi, które są bardzo potrzebne.

Myślę, że clou całej naszej dyskusji, tak jak powiedział pan dyrektor Dzięgielewski, jest takie, że to świetnie, że są roboty i takie urządzenia, ale one same nie leczą. Musimy mieć do tego odpowiednio wyszkolone i przygotowane zespoły. Tak jak pani powiedziała,

to bardzo utylitarna rzecz – ten zespół serwisowy. Nie wiem, czy dobrze pamiętam, argumentem za tym, aby były dwa ośrodki, jest fakt, że była u państwa jakaś awaria i był moment, że ośrodek nie pracował. Dwa są na pewno potrzebne.

Kierownik CCB IFJ PAN Renata Kopeć:

Najdłuższa przerwa trwała tydzień, w zasadzie osiem dni.

Jeśli popatrzymy na tzw. stand by, to jest to powyżej 95%. Jak na ośrodek protonowy, to jeden z najwyższych wskaźników w porównaniu do innych. Nasz zespół bardzo dobrze sobie radzi pod tym względem. Mamy podpisaną umowę, że w razie takiej awarii producent IBA z Belgii wysyła swojego inżyniera latającego do 24 godzin. Przez ostatnich 6–7 lat wzywaliśmy go chyba 2–3 razy. To się może zdarzyć w każdym ośrodku, również fotonowym, potwierdzam.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję za cenne uwagi. Głos ma pan profesor.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Dzień dobry państwu.

Myślę, że to wszystko, co dziś rozpatrujemy, z całą pewnością musi być rozpatrywane ponad wszystkimi podziałami. Pacjent jest jeden, co nieraz podkreślaliśmy na tej sali. Pani przewodnicząca zawsze dopingowała, aby w ten sposób postrzegać te problemy. Mam nadzieję, że nie polityka będzie decydowała, ale interes chorego człowieka w Polsce.

Chcę powiedzieć jedno – osobiście jestem dumny i myślę, że wszyscy możemy być dumni z rozwoju polskiej radioterapii. Taki przeskok technologiczny i jakościowy, jaki się dokonał w okresie od 2005 r. do dziś, w żadnym innym państwie nie miał miejsca. Nie było takiego inwestowania w zupełnie nową jakość radioterapii, która przedtem w Polsce była bardzo siermiężna. Nie mieliśmy dostępu do nowoczesnych technologii. Dopiero „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, realizowany w latach 2005–2015, pozwolił na to, aby gros środków w nim zgromadzonych przeznaczyć na zakup nowoczesnego sprzętu do radioterapii.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, mam prośbę. Pan dyrektor musi nas opuścić, a chciałby jeszcze zabrać głos, bo pociąg mu ucieknie.

Prezes PUO Janusz Meder:

Oczywiście, jak najbardziej.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Potem panu oddam głos.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Nie śmiem prosić przewodniczącej, aby parlament pociąg wstrzymał, bo to za dużo ludzi.

Proszę państwa, to, co słyszałem, tylko potwierdza, że idziemy naprawdę w dobrym kierunku. Jeśli chodzi o protony, trochę zaskoczyła mnie ta wypowiedź, ale z całą pewnością wrócimy do tej rozmowy, bo jest o czym myśleć. Rozumiem, że przy tych wskazaniach, które są obecnie, jeśli nie będziemy ich poszerzali, są państwo w stanie zabezpieczyć rynek. Problem zacznie się wtedy, gdy będziemy rozszerzali, bo na to trzeba być gotowym z dodatkowym sprzętem.

Kierownik CCB IFJ PAN Renata Kopeć:

Wydaje mi się, że taka potrzeba już istnieje, ale myślę też o dzieciach.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

To jest moment, w którym trzeba zaczynać budowę drugiego.

Kierownik CCB IFJ PAN Renata Kopeć:

Takie jest moje zdanie.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Moje zdanie też jest takie, że to moment, w którym powinniśmy rozpocząć budowę, ale na pewno nie trzech czy czterech, tylko drugiego, co do tego nie ma dwóch zdań.

Wszyscy mamy swoje grzechy i coś na sumieniu. Jeden i drugi projekt leżał bardzo długo. Chciałbym wyrazić radość, że to przynajmniej są czasy, w których nie czekamy na coś, co dopiero będzie, może poza śródoperacyjną – w pierś się biję – ale to są rzeczy, które udało nam się rozwiązać w miarę na bieżąco. Teraz jesteśmy w takim stanie, że możemy mówić jak coś udoskonalać, a nie wymyślać koło.

Bardzo dziękuję i cieszę się, że jesteśmy w tym momencie. Bardzo przepraszam, na pozostałą część dyskusji przyjdzie moja zastępczyni, aby posłuchać państwa wypowiedzi. Bardzo dziękuję za to, czego się dziś nauczyłem.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Panie profesorze, bardzo proszę.

Prezes PUO Janusz Meder:

Tylko w punktach chcę powiedzieć, że to, co przedstawił pan prof. Witkiewicz, było bardzo istotne. Świadkowałem temu całemu procesowi.

Zaczęło się to wtedy, gdy walczyliśmy o poprzedni narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. Bardzo ciężko było to zrobić. Pan profesor pokazał, ile lat to zajęło, aby w ogóle można było rozpowszechniać tę metodę w Polsce. Wiele ośrodków z doskonałą kadrą chirurgiczną nie miało dostępu do tej nowej technologii. Mam nadzieję, że teraz otworzą się szanse na to, aby była ona sukcesywnie wprowadzana w ośrodkach, w których istnieje taka kadra, a kryteria pozwalające na zastosowanie takiej metody są spełnione, szczególnie że mamy „Narodową strategię onkologiczną". Nie sądzę, żeby mogło być inaczej. To tylko przykład tego, że straciliśmy wiele lat i nasi pacjenci nie mieli dostępu do tych nowoczesnych technologii. Teraz mam nadzieję, że otwiera się zupełnie nowy rozdział.

Jeśli chodzi o ośrodek krakowski i Bronowice, mam wielki sentyment i wspomnienia. Przez siedem lat wykonywałem eksperymenty z zakresu radiobiologii, po to aby stary cyklotron przystosować do nowatorskiej, jak na tamte czasy, terapii. W latach 1974–1980 przygotowywaliśmy, wykonując określenie względnej skuteczności biologicznej promieniowania wiązki szybkich neutronów. Pozwoliło to na współpracę między Instytutem Onkologii w Krakowie a Instytutem Fizyki Jądrowej. Dzięki temu można było napromieniać chorych z nowotworami głowy i szyi, jako uzupełnienie klasycznej wiązki radioterapii, co też podnosiło efektywność takiego leczenia.

Myślę, że są tu wielkie tradycje. Chylę czoła, że udało się zakupić nowy cyklotron i zastosować leczenie protonami. Jesteśmy o tyle w dobrej sytuacji, że możemy bardzo dynamicznie traktować ocenę ,w jakim momencie i gdzie dać dostęp do tych nowoczesnych terapii. Cały czas jest wielki postęp w onkologii i wskazania się zmieniają. Dziś mamy klasyczną radioterapię, o której kiedyś mogliśmy tylko pomarzyć. Możemy bardzo precyzyjnie zdeponować energię promienistą w bardzo małej objętości tkankowej, i to w sposób bardzo dynamiczny, jednocześnie śledząc, jak jest deponowana ta energia podczas jednego seansu napromieniowania. To kolosalny przeskok, który też zmienia kwalifikacje do tych bardziej wyrafinowanych i kosztownych metod leczenia, jak na przykład wiązka protonów.

Tak jak pani powiedziała, bardzo dziękuję, że pani to wszystkim przybliżyła, bo nie każdy zdaje sobie sprawę, ile to wymaga pracy, nie tylko lekarzy, fizyków, ale również inżynierów medycznych, którzy wiedzą, co robią, aby to wszystko mogło sprawnie działać i być bezpieczne dla pacjenta. To na pewno jest ten moment – jak powiedział prof. Kawecki – aby następny taki cyklotron był zainstalowany w ośrodku, w którym już przygotowana już odpowiednia baza. Czy to będzie Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie? Pewnie tego byśmy chcieli ze względu na te argumenty, które przedstawił prof. Kawecki. Z drugiej strony czas pokaże, czy te wskazania będą się zmieniały, czy będziemy mieli nowatorskie metody.

Wielu pacjentów, których kiedyś napromienialiśmy, na przykład na chłoniaka Hodgkina, wymagało bardzo precyzyjnej, skomplikowanej radioterapii techniką wielkopolową. Obecnie nie musimy już tego robić, bo mamy nowoczesną chemioterapię. Dochodzi do tego też immunoterapia. Te rzeczy będą się zmieniały, dlatego trzeba podejść

do tego dynamicznie. Nie ma teraz sensu, aby planować więcej niż jeden następny ośrodek do protonoterapii i dopiero wtedy oceniać, czy jeszcze to będzie potrzebne, czy nie – ze względu na koszty, które są bardzo wysokie. Rozdzielamy tu prywatne aparaty, które są wykorzystywane komercyjnie. Kogoś na to stać, jedzie sobie i być może z tego skorzysta, a nie zawsze musi, bo mógłby być leczony w prostszy i mniej kosztowny sposób. Pewna moda skierowała tych ludzi, aby wyłożyć pieniądze, które posiadali.

Bardzo słusznie pani powiedziała, że należy zwrócić uwagę na możliwość użycia radiologii, radioterapii interwencyjnej. Ona nie jest w pełni wykorzystana. Wiele ośrodków ma odpowiednie przygotowanie, fachowców i infrastrukturę, aby rozszerzyć tego typu wskazania. Ma to kolosalne znaczenie, bo w przypadku coraz większej liczby nowotworów, które były kiedyś nieuleczalne, dziś można w sposób paliatywny przedłużać etapami ludziom życie, m.in. z zastosowaniem tej metody leczenia. Trzeba na to spojrzeć, aby to było bardziej kompleksowe potraktowanie możliwości i dostępu do takiej radioterapii interwencyjnej.

Reasumując, chcę powiedzieć, że na pewno pomimo tego kolosalnego postępu, jaki się dokonał, pomimo możliwości dostępu polskich pacjentów do nowoczesnej radioterapii teraz jest moment, w którym trzeba intensywnie ruszyć z przygotowaniami do nowego ośrodka protonoterapii. Na pewno trzeba bardzo baczyć na to, aby zachować odpowiednią jakość, jeśli chodzi o robotykę chirurgiczną. Nawet w dużych krajach, które o wiele szybciej miały dostęp do takich możliwości, są duże prace naukowe, które pokazują, że nie zawsze dostęp do robotów daje lepsze wyniki leczenia. Czasem są nawet gorsze, bo są powikłania, nad którymi nie zapanowano przez zapewnienie odpowiedniej jakości postępowania. Są ośrodki w Polsce, które z całą pewnością umożliwiają szersze podejście do tej metody leczenia, tym bardziej że zapewnia ona lepszy komfort dla pacjentów i daje wyższe jakościowo leczenie.

Bardzo dziękuję pani przewodniczącej, że ten temat znalazł się na dzisiejszej wokandzie. Z jednej strony pokazuje to, jak wiele dokonano, a z drugiej pozwala zobaczyć te luki, których wypełnienie nie powinno trwać tyle, ile trwała męczeńska droga, jaką przechodził pan profesor i jego współpracownicy. Chodzi o to, abyśmy więcej takich doświadczeń nie mieli. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Wicedyrektorka fundacji onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry. Dziękuję za udzielenie mi głosu. Joanna Frątczak-Kazana, fundacja onkologiczna Alivia.

Chciałam wyrazić słowa uznania dla prof. Witkiewicza za lata pracy i za to, że się nie poddawał, że miał tyle samozaparcia, jeśli chodzi o wdrażanie chirurgii robotycznej. Chciałam też wyrazić zdziwienie zdziwieniem pana dyrektora Dzięgielewskiego, którego niestety już z nami nie ma, tym, że ośrodek w Bronowicach jest wykorzystywany w 100%. Wydaje mi się, że to przede wszystkim ministerstwo powinno wiedzieć, w jakim stopniu ośrodek jest wykorzystywany i na tej podstawie, jak również na podstawie danych podejmować decyzję o tym, jakie są potrzeby.

Mówimy o tym, że to są potrzeby w tym lub innym typie nowotworów, ale nie rozmawiamy w ogóle o danych. Nie mówimy o tym, jakie są populacje, które powinny być tym objęte. Na tej podstawie powinny być podejmowane ostateczne decyzje. To, że ośrodek w Bronowicach jest aktualnie wykorzystywany w 100%, nie znaczy, że dostęp do protonoterapii mają wszyscy pacjenci, którzy powinni. Być może są tacy, którzy czekają w kolejkach albo są poddawani leczeniu innymi metodami.

To uwaga z mojej strony. Serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję.

Zanim oddam głos panu profesorowi, chciałam zaprezentować swoje stanowisko. Nie wiem, czy powiedział to pan poseł, czy pan profesor, że jest taka moda na protonoterapię. Musimy dać pewną swobodę decyzji koncylium lekarskiemu. To ono podejmuje decyzję, jakie metody leczenia są najlepsze. Tak jak powiedział pan profesor, czasami inne tera-

pie są dużo lepsze niż protonoterapia. O tym trzeba pamiętać, a nie wszystkich wrzucać do leczenia protonoterapią.

Nie chciałabym, abyśmy wyszli z dzisiejszego spotkania z takim przeświadczeniem, że tylko ta metoda jest najlepsza, bo niekoniecznie. Zależy to od uwarunkowania, umiejscowienia nowotworu i innych chorób współistniejących. Jest tu wielka odpowiedzialność spoczywająca na lekarzach. Kadra techniczna też musi właściwie ten cały proces przeprowadzić. To naprawdę wielkie wyzwanie dla medyków, techników i inżynierów.

Panie profesorze, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora ds. klinicznych NIO – PIB Andrzej Kawecki:

Ad vocem, bo padło stwierdzenie, że nie szacujemy rzeczywistych potrzeb.

Odsyłam do raportu komisji konsultanta krajowego, która zakończyła prace niecałe dwa lata temu. Naprawdę oszacowaliśmy realne potrzeby. Chciałbym zwrócić uwagę, aby nie porównywać nas przykładowo z ośrodkami niemieckimi, które w dużej mierze działają komercyjnie, a raczej przykładowo z takimi krajami, gdzie jest do bólu racjonalna polityka w onkologii, jak Wielka Brytania.

Tam są dwa duże ośrodki radioterapii protonowej, lokowane w głównych centrach, czyli w Londynie i w Christie Hospital w Manchesterze. To droga dla nas – alokować nowe ośrodki w dużych centrach, gdzie będą wykorzystane. Jak powiedziała pani przewodnicząca i inni, to nie jest metoda uniwersalna, która zastępuje inne, a jedynie komplementarna do standardowej radioterapii, która notabene również rozwija się w szaleńczym tempie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Katarzyna Maria Piekarska (KO) – spoza składu podkomisji:

Szanowna pani przewodnicząca, jak zwykle z dużą radością przychodzę na pani debatę. Muszę powiedzieć, tak jak powiedział pan profesor, że debata na temat pacjenta i zdrowia powinna być ponad podziałami, wyjęta ze sporów politycznych. Absolutnie się z tym zgadzam. Jesteśmy chyba na to przygotowane z panią poseł i jesteśmy tego żywym dowodem.

Przysłuchując się państwa rozmowie i debacie, myślę, że bardzo ważna jest chyba dyskusja na temat inwestycji w naukę. Robotyka i te wszystkie terapie to przede wszystkim nauka. Czy jako państwo w wystarczający sposób przekazujemy PKB na rozwój badań?

Niedawno wizytowałam szpital w Hajfie – to taki bardzo nowoczesny obiekt. Duże środki są tam przekazywane zarówno na szpital, jak i na badania. Wyniki tych badań są rzeczywiście imponujące. Chodziło głównie o chorobę Parkinsona, ale widać, że inwestycja w naukę po prostu się zwraca. Muszę powiedzieć – pół żartem, pół serio – że gdy kilkadziesiąt lat temu człowiek poszedł do lekarza, ten go ostukał, obadał, przepisał receptę i wyleczył. Teraz pójdzie się do lekarza i ten powie, że najpierw trzeba zrobić takie badania, USG, coś się prześwietli, a potem z tym całym kompletem przyjść, aby lekarz wystawił opinię na temat stanu zdrowia.

Chciałam zadać pytanie, czy panów zdaniem polski pacjent onkologiczny ma dostęp do takich samych terapii, jakie są w innych państwach Unii Europejskiej? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pan profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Specjalnie nie mogę porównywać wszystkich systemów organizacyjnych, nawet wśród członków Unii Europejskiej, bo mamy różne modele organizacyjne i różne poziomy PKB. Interesują nas obecnie pewne współczynniki.

Jednym z nich jest QALY, czyli rok życia w odpowiedniej jakości. Na naszym polskim podwórku możemy na to wydać 175 tys. zł. Jest on co roku nowelizowany o tzw. współczynnik PKB. Obecnie w niemieckim systemie mamy cztery razy wyższe nakłady, które mogą być poświęcone na wydłużenie o rok życia w odpowiedniej jakości. Pewne rzeczy są nieporównywalne. Można powiedzieć, że się staramy. Sądzę, że w onkologii dużo się dokonało w ostatnich latach. Mówię o tym z całym przekonaniem, że mimo wszystko

technologie, szczególnie w zakresie leczenia celowanego, jak również w zakresie radioterapii, są bardzo posunięte do przodu.

Co do technik robotycznych można powiedzieć, że stoimy w odległym miejscu. Chyba czas spojrzeć na to troszeczkę inaczej. Te techniki się sprawdziły. Dają nie tylko nam, lekarzom, pracownikom ochrony zdrowia, ale przede wszystkim pacjentom niesamowitą przewagę nad innymi technologiami, nawet małoinwazyjnymi. Spotykam dziś moje podopieczne, które trafiły do niepublicznych ośrodków, które były operowane technikami robotycznymi – mówią, że to jest po prostu bajka. Nie chcę mówić, że to moje doświadczenie, ale skoro pacjent tak mówi, to dla mnie pewnego rodzaju świadectwo. To jest najlepszy przekaz, nie jest zakłamany, tylko autentyczny.

W związku z tym uważam, że na dzień dzisiejszy, jeśli chodzi o techniki robotyczne, biorąc pod uwagę potencjał naszego kraju – to 38 mln ludzi i część osób, które przyjeżdżają do nas na leczenie – w tych systemach musi dojść do pewnego rodzaju przemodelowania. Oczywiście nie można tego robić w sposób partyzancki. Są pewne elementy, które muszą zostać zachowane, przede wszystkim wskaźniki i współczynniki. Możemy dziś powiedzieć, że jeżeli ośrodek operuje trzy–pięć tego typu przypadków w roku, to lepiej by sobie nie zawracał głowy tego typu technologią, bo szkoda pieniędzy. To są publiczne środki. Jeśli ktoś chce otworzyć prywatny ośrodek, to może to zrobić, ale mówiąc o publicznym sektorze trzeba wyraźnie powiedzieć, że są pewne elementy demografii, wskaźniki, które są jednoznaczne, jak akwizycja.

W Instytucie Onkologii, w którym pracuję, mamy 85 przypadków raka jajnika w roku. Mamy ponad 90 przypadków raka trzonu macicy. To są dane zebrane ze zbioru Narodowego Funduszu Zdrowia. To dane, które możemy przeanalizować i powiedzieć: ten ośrodek ma odpowiednią akwizycję, potencjał kadrowy, infrastrukturalny, odpowiedni poziom leczenia skojarzonego. Przecież onkologia to nie jest jedna metoda. To wszystko jest powiązane ze sobą. To często skojarzenie metod, które są bardzo potrzebne do tego, aby uzyskać odpowiedni efekt. Krótko mówiąc, do tego typu technologii powinny przede wszystkim predysponować w systemie publicznym ośrodki, które mają odpowiednie capacity, wypełnienie treścią.

Walczę o swój ośrodek – Narodowy Instytut Onkologii. To ośrodek, który jest w Krajowej Sieci Onkologicznej głównym motorem budowania pewnych modelowych systemów. Jeśli nie będzie posiadał tego typu technologii, to w moim przekonaniu będzie to niewłaściwe podejście. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, bardzo dziękuję za takie podsumowanie tej wizji rozwoju medycyny innowacyjnej w onkologii. Wydaje się, że to co Zawsze na w tej podkomisji podkreślamy, że ośrodki wiodące są tam, gdzie są eksperci. Są naprawdę tymi liderami i tam te nowoczesne technologie powinny być wprowadzane lub wzmacniane.

Obserwuję tu dwa kierunki. To, co zakłada nasza Krajowa Sieć Onkologiczna, to współpraca z mniejszymi ośrodkami, ale na takiej zasadzie, że jest podana chemia dedykowana dla poszczególnego pacjenta. To istotny element takiej synchronizacji i nadzoru nad standardami leczenia pacjenta. Wydaje się, że jesteśmy na to przygotowani, bo to modele sprawdzone w innych krajach europejskich. Nie wyważamy otwartych drzwi.

Bardzo istotnym elementem w tym całym systemie medycznym jest moje marzenie, które mam nadzieję się spełni, czyli wprowadzenie 17 nowych zawodów medycznych, które są nieuregulowane. To taki mocny argument do podniesienia standaryzacji w medycynie, zarówno od strony finansowej, dla osób wykonujących zawody medyczne, jak i zabezpieczający od strony formalnoprawnej oraz od strony kształcenia, ujednolicenia tego kształcenia, abyśmy w tych wszystkich sprawach widzieli dobro pacjenta. To, jak ta kadra będzie wykształcona, jakie standardy i egzaminy dla tej kadry będą zorganizowane, później będzie owocowało dobrą opieką pacjenta.

Cieszę się, że państwo nakręcają parlamentarzystów i MZ do dobrych decyzji. To jest takim nowoczesnym spojrzeniem w legislacji. To bardzo istotny element tej dyskusji, zarówno na posiedzeniu podkomisji, jak i Komisji Zdrowia. Wasze doświadczenia i osią-

gniecia, jeśli chodzi i o naukę, to bezapelacyjny filar nowoczesnych rozwiązań. Strona pacjentów to najważniejszy element w decyzjach MZ.

Strona pacjentów dobijała się do odpowiedzi, więc bardzo proszę, udzielam głosu.

Rzecznik stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Pani poseł chciała zapytać profesorów, jak wygląda leczenie w onkologii, więc myślę, że głos pacjenta też jest w tym potrzebny.

Jak tu podkreślono, na pewno nastąpił duży postęp w leczeniu w onkologii, zwłaszcza w hematoonkologii, gdzie jesteśmy już wymieniani jako jeden z czołowych krajów w Europie. Standardy leczenia w takiej chorobie jak ostra białaczka szpikowa są po prostu uznawane za europejskie i jesteśmy tu czołowym krajem. Tak jest.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Cieszę się, bo razem to wywalczyliśmy.

Rzecznik stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Ostatni rok był przez pacjentów ogłoszony rokiem ostrej białaczki szpikowej. Co roku wyznaczamy sobie priorytety. W tym roku jest to diagnostyka genetyczna, o którą będziemy bardzo ostro walczyć.

Tak jak pani powiedziała, mamy nowoczesne terapie, ale nie będą one działały, jeśli nie będzie diagnostyki genetycznej. Po prostu pacjent musi być w tym kierunku zdiagnozowany. Na pewno jest tak, że wszystkiego nie mamy, ale też nie wszystko musimy mieć. Trzeba rozpatrzeć, co jest priorytetem, co jest najważniejsze i czy jest to efektywne farmakologicznie, jak mówił pan profesor. Nie chodzi o to, aby kupić lek, który jest bardzo drogi i nie służy, musi być on też w jakiś sposób sprawdzony.

Na pewno postęp jest ogromny. Koleżanka pewnie zaraz powie, że tego czy tego nie ma – to prawda, ale w żadnym kraju na świecie wszystkiego nie ma. Takie wspólne działanie państwa parlamentarzystów, decydentów i środowiska jest właściwe, aczkolwiek historia pana profesora o tych robotach wedle mojej wiedzy nie była spowodowana przez decydentów, ale przez środowisko. Wielokrotnie rozmawiałam z chirurgami, onkologami i mówili: „Roboty? Co to to nie". Są różne blokady i przeszkody, które przed tym stoją w wielu przypadkach. Nie możemy też do tej pory leczyć pacjentów z rakiem płuca, bo nie ma pełnej zgody środowiska w tym zakresie, jak to leczenie powinno wyglądać. Każdy może dołożyć się do tego albo w sposób dobry, albo negatywny. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Maria Piekarska (KO) – spoza składu podkomisji:

Jeśli można – ad vocem – pół żartem, pół serio. Powiem, że w sumie się cieszę, że nie dożyje sytuacji, w której przyjdę do lekarza i będzie to sztuczna inteligencja. Nie wiem, czy moje prawnuki czy praprawnuki spotkają się ze sztuczną inteligencją u lekarza albo dotkną jakiegoś ekranu i on/ona, nie wiem, jak to określić, coś powie.

Człowiek przychodzi do lekarza, aby sobie trochę porozmawiać, a lekarz ma coraz mniej czasu. Onkolog niestety też, nad czym ubolewam także jako pacjent. To zupełnie inna sprawa, aby odciążyć lekarzy. Mówię z doświadczenia jako pacjent. Zaczęłam się zajmować polityką zdrowotną niedawno, gdy sama się rozchorowałam. Widzę, jak wiele jest jeszcze do zrobienia. Lekarz, do którego się chodzi, powinien mieć trochę więcej czasu. Nie ma go, bo musi robić różne rzeczy, których moim zdaniem nie powinien.

Rzecznik stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Tu potrzebna jest sztuczna inteligencja i dodatkowe zawody medyczne, o których pani wspomniała.

Wicedyrektorka fundacji onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dodam jeszcze dwa słowa w kontekście dostępu do terapii, bo padło takie pytanie.

Jeśli chodzi o hematoonkologię, to widać faktycznie duży postęp. W ramach fundacji prowadzimy taki projekt „Oncoindex". Bierzemy pod uwagę wszystkie leki zarejestrowane w ciągu ostatnich 15 lat przez EMA i rekomendowane przez ESMO. Według tej

samej metodyki prowadzimy takie badanie dla Polski i dla Hiszpanii. To jest dla 20 najczęściej występujących nowotworów.

Jeśli chodzi o hematoonkologię, faktycznie doganiamy Hiszpanię. W skali od 0 do 100 w Polsce mamy 54 punkty. To dość prosty indeks, ale pozwala na porównanie. Jest prowadzony zgodnie z tą samą metodyką i pokazuje pewien progres lub jego brak. W Hiszpanii to jest 68. Jeśli chodzi o guzy lite, tu jeszcze odstajemy dość mocno – w Polsce indeks wynosi 29, a w Hiszpanii 46. Mamy świadomość, że to jest trudne i tego wskaźnika 100 pewnie nigdy nie dogonimy, ale można zobaczyć, że wiele jest jeszcze do zrobienia. Chciałabym dodać, że w ostatnich latach obserwujemy, że „Oncoindex" ogółem ulega znacznej poprawie.

Wcale nie krytykowałam – a padło takie stwierdzenie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Poproszę jeszcze o zabranie głosu pana Wojciecha Witkiewicza, prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu – Ośrodka Badawczo-Rozwojowego. Bardzo proszę.

Prezes PTCR Wojciech Witkiewicz:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Przepraszam najmocniej, ale misja, z którą tu przyjechałem, to nie jest już robotyka. Uważam, że to przełamaliśmy. Drugi problem, z którym walczę już prawie 10 lat, to radioterapia śródoperacyjna. W Polsce jest 10 aparatów, a tylko 4 działają. Zaczęło się od grantu naukowego. Z niego był pierwszy robot – ze środków zewnętrznych. Podobnie z grantu naukowego zakupiliśmy i sprawdziliśmy Intrabeam. Jesteśmy drugim co do wielkości ośrodkiem leczącym raka piersi. Obecnie tylko względy organizacyjne nie pozwalają na zmiany. Konsultant krajowy poleca te metody. Najnowsze piśmiennictwo wykazuje, że jest to wskazane w leczeniu raka piersi.

Może kolega, który ma zebrane całe piśmiennictwo, zabierze głos.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę, ale kończy nam się już czas.

Jest pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że umówi się z państwem na rozmowę i dogramy szczegóły organizacyjne tak, by pokonać bariery nie do pokonania.

Członek Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej Roman Czarnecki:

Przepraszam, ale są tu też filozoficzne konflikty.

Jak stwierdził pan prof. Kawecki, słuszną sprawą jest radioterapia śródoperacyjna. Urządzenie 50 kV musi być połączone z dwoma urządzeniami megawoltowymi, które w tej procedurze nie grają żadnej roli. Stwierdzono, że jedynie 20% pacjentek, przy normalnych onkologicznych, prawidłowych kwalifikacjach do leczenia, wymaga naświetlania urządzeniami megawoltowymi.

W obecnej sieci onkologicznej, z koordynatorkami, które przekazują płynnie pacjentów między ośrodkami, z którymi współpracujemy, jako nieduży ośrodek onkologiczny, nie ma z tym żadnych problemów. Jeśli krajowy konsultant do spraw radioterapii opiniuje nas negatywnie, pomimo iż mamy pięcioletnie doświadczenie czynnej pracy z tymi urządzeniami, wykonaliśmy powyżej 300 zabiegów i trochę się, mam wrażenie, na tym znamy, bo nie mamy urządzenia megawoltowego…

Stworzyliśmy procedurę. Gruczoł piersiowy jest gruczołem skórnym. Spokojnie można uznać, że to naświetlanie gruczołu skórnego i tak to potraktować. Wtedy megawoltowe urządzenia nie są wymagane, ale też to zostało negatywnie zaopiniowane. Stoi urządzenie przykryte białym prześcieradłem, które musimy serwisować, które jest proste w użyciu. Mamy radioterapeutów, którzy z nami współpracują, ale z powodu jednej negatywnej opinii nie możemy tego robić.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Mam prośbę. Pani dyrektor weźmie sprawy techniczne w swoje ręce. To sprawy, które organizacyjnie trzeba przeprowadzić, aby mogli państwo tym urządzeniem wykonywać czynności.

Jeszcze pan profesor, bardzo proszę o podsumowanie.

Zastępca dyrektora ds. klinicznych NIO – PIB Andrzej Kawecki:

To już podsumowanie. Jeśli chodzi o tych dziesięć aparatów, kilka z nich jest wyprodukowanych przez firmę, która niestety przestała istnieć i nie mamy na to serwisu.

Kolejna sprawa. Jeśli chodzi o radioterapię śródoperacyjną, są dwie możliwości. To bardzo dobra metoda – albo wiązki zewnętrzne, jak mają koledzy z Wrocławia, albo radioterapia śródtkankowa, która jest w ośrodkach mających rozbudowaną brachyterapię. Trzeba to na zasadzie kooperacji rozwiązać z tymi wszystkimi ośrodkami.

Podsumowując, powiem jedno. Nie mówiliśmy o tym, że w „Narodowej strategii onkologicznej" niesłychanie ważne jest opracowanie jednolitych wytycznych postępowania terapeutycznego, które robimy wspólnie z NCCN – National Comprehensive Cancer Network w Stanach Zjednoczonych. One będą stanowiły podstawę postępowania, aby nikt środowisku lekarskiemu nie zarzucał, że leczymy inaczej niż w USA czy innym kraju.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, to bardzo cenna uwaga. Też chciałam to w podsumowaniu podkreślić i wnieść apel do MZ, abyśmy pracowali w tym kontekście.

Myślę, że pani dyrektor czy dyrektor Dzięgielewski wyjdą z ofertą współpracy z państwem, by wypracować tę standaryzację. Jak w każdych, bardzo istotnych działach gospodarczych jest pewna standaryzacja, tak w medycynie przy leczeniu również musi być. To są normalne składowe funkcjonowania różnych dziedzin w przestrzeni społecznej. Myślę, że nie będziemy robili odstępstw. Musimy być na takim poziomie i w takim kierunku się rozwijać, aby normować rzeczy, które tak naprawdę są oczywiste.

Bardzo proszę, pani dyrektor ma ostatnie słowa.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Beniuk-Patoła:

Dziękuję.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałam tylko uspokoić panią przewodniczącą i potwierdzić to, co powiedział pan prof. Kawecki – od tej drogi już naprawdę nie mamy odwrotu. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej definiuje cały model tej standaryzacji, ścieżkę dojścia do niej. Kluczowa jest tu rola NIO–PIB, jako krajowego ośrodka monitorującego, który przyjął na siebie dążenie do tego. Ustawodawca nań to nałożył, za zgodą wszystkich interesariuszy. Początek już został zrobiony.

Jak powiedział prof. Kawecki, prace już się rozpoczęły. Na pewno nabiorą tempa, jeśli chodzi o przygotowanie wytycznych. Później będzie przygotowanie kluczowych zaleceń i jednolitego standardu w poszczególnych grupach bądź przy rodzajach nowotworów. Niezależnieod tego, w którym miejscu pacjent w Polsce się znajdzie, powinien mieć prawo jednolitego standardu postępowania diagnostyczno-leczniczego w konkretnym, swoim przypadku, w zależności od nowotworu i jego stopnia zaawansowania.

Myślę, że krok naprzód został już zrobiony i odwrotu nie mamy. Absolutnie ministerstwo nie będzie przeszkadzało. Naszym wspólnym celem jest, aby jak najszybciej, w jak największej liczbie nowotworów takie wytyczne zostały opracowane. Będą one standardem publikowanym w formie obwieszczenia. Wszystko przed nami, ale mam nadzieję, że szybciej niż w ciągu kilku lat to się zdarzy.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo przepraszam, ale musimy kończyć, bo mamy obowiązki poselskie.

Chciałam podziękować wszystkim za przybycie na posiedzenie podkomisji i zapraszam na następne. Dziękuję za ciężką pracę, która normuje sprawy związane z onkologią.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Agnieszka Beniuk-Patoła:

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję profesorom, ministerstwu i stronie pacjentów. Zamykam posiedzenie.